

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

No
338

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roland GALLAUT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 28 mai 1910, à Vierzon (Cher)

2 DEC 1942

DU TRAITEMENT
DES PANCRÉATITES AIGÜES

(PLACE DU DRAINAGE LOMBAIRE IMMÉDIAT OU RETARDÉ)

Président : M. BROcq, Professeur

SAINT-AMAND (CHER)
IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE
26, RUE DE JURANVILLE, 26

1942

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roland GALLAUT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 28 mai 1910, à Vierzon (Cher)

DU TRAITEMENT DES PANCRÉATITES AIGÜES

(PLACE DU DRAINAGE LOMBAIRE IMMÉDIAT OU RETARDÉ)

Président : M. BROCCQ, *Professeur*

SAINT-AMAND (CHER)
IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE
26, RUE DE JURANVILLE, 26

1942

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR - VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	N...
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	N...
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HAMVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	N...
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER ... Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE. Anatomie pathologique.
 DELAY. Pathologie médicale.
 DEGREG (H.)... Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 DE GENNES Pathologie médicale.

MM.

GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie experimen-
 tale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 MARCHAL. Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgi-
 cale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
 SICARD Pathologie chirurgicale
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH. Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anat. pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	PASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES...	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
LAROCHE (G.)...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de tendresse
filiale et de ma grande reconnais-
sance.*

A MA FEMME

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BROCC

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse. En témoignage de
notre vive reconnaissance.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551805_0050

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR R. SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de la Maison de Santé Dubois
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré ce travail,
qui nous a montré par l'exemple
ce que devait être un chirurgien.*

*En témoignage de respectueux
attachement et de profonde grati-
tude pour l'affectueuse sollicitude
qu'il nous a prouvée.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR.

MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LIAN.

Externat en Premier

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEITZ BOYER.

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET.

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUPAULT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MONTANT

Ex-chirurgien de l'Hôpital Américain
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre amitié
respectueuse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BENASSY

A MES CAMARADES D'ÉTUDES
ET D'INTERNAT

INTRODUCTION

Les pancréatites aiguës ont posé de nombreux problèmes thérapeutiques et cela à cause des multiples aspects que revêt la maladie, que l'on se place sur le terrain étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique ou clinique.

Il faut considérer avec P. BROcq et VARANGOT, que « la pancréatite aiguë est la manière de souffrir du pancréas, qu'il s'agisse de traumatisme, de lésions infectieuses, de reflux dans le canal de Wirsung, de lésions artérielles, veineuses ou nerveuses sous la dépendance de raisons locales ou générales. Et la glande répond par des expressions anatomo-pathologiques qui peuvent se montrer bénignes, moyennes ou très graves ; qui peuvent se stabiliser ou progresser jusqu'à la mort ».

Toutes ces manifestations trouvent leur reflet dans la thérapeutique d'une maladie dont les caractères sont variables.

Cette thérapeutique est encore actuellement très discutée.

Elle doit être considérée à trois stades différents : à une période de début ou épicrise, à une phase

secondaire qui se déroule dans les semaines suivantes et à une période tardive.

Jusqu'ici on s'est plus occupé de la phase de début, probablement parce que c'est la période la plus dramatique et la plus incertaine.

Période, au cours de laquelle, le traitement médical et le traitement chirurgical ont été tant discutés.

Il est certain que la mise en vedette de nouveaux tests d'exploration : notion de l'hyperglycémie, étude de la fonction pancréatique par le tubage duodénal, étude de l'amylasurie très primée à l'étranger, ont permis de mieux étayer le diagnostic de pancréatite aiguë et d'éviter certaines interventions.

L'abstention chirurgicale est habituelle dans les formes frustes ou brèves ou au contraire dans certaines formes foudroyantes qui entraînent trop rapidement la mort.

Cependant il n'est pas douteux que beaucoup de pancréatites aiguës puissent guérir par la seule thérapeutique médicale.

Mais comment pourrait-on supposer que les pancréatites suppurées, abcédées ou gangréneuses puissent trouver dans cette abstention chirurgicale les chances d'une évolution favorable ?

Ce sont ces formes que nous aurons surtout en vue.

On admettra sans doute que ces formes infectées demandent comme tout autre foyer abcédé ou sphacélique un drainage.

Comment prévenir de telles formes ?

Comment les reconnaître à temps ?

Ces deux notions présentent une importance capitale pour la conduite du traitement des pancréatites, mais elles sont bien difficiles à préciser et c'est pour cela sans doute, que la thérapeutique de telles affections est si discutée.

Ces difficultés proviennent à la fois des nombreuses variétés cliniques ; de la diversité des lésions anatomopathologiques rencontrées ; mais aussi de la pathogénie, de l'étiologie des pancréatites et à l'interprétation incertaine et discutée de la filiation des diverses lésions.

Il est probable que s'il était possible de connaître avec exactitude l'importance de l'extension du processus de la maladie, le degré et les caractères des lésions anatomiques et leur évolution, il y aurait moins de divergences dans la direction de la thérapeutique, et chaque cas recevrait une solution particulière et adéquate.

Et tout de suite une question importante se pose c'est celle du drainage.

Nous avons l'impression que le drainage est souvent insuffisant, que dans certains cas le foyer pancréatique continue à déterminer des phénomènes infectieux sévères, pouvant alors demander de nouveaux actes chirurgicaux.

Nous insisterons d'abord, sur les formes peut-être rares mais certaines où l'infection s'établit d'emblée et qu'il serait redoutable *à priori* d'abandonner.

Ce sont ces formes qu'il y a le plus gros avantage à opérer tôt si l'on veut éviter des accidents graves.

Puis nous étudierons les pancréatites aiguës, au cours de l'évolution desquelles, soit secondairement, soit même tardivement un problème de drainage se pose. En présence de certaines rétentions à tendance diffusante, le drainage postérieur ou lombaire peut apparaître utile sinon nécessaire.

Il ne faut pas oublier en effet, que le pancréas est un organe très profond, recouvert par d'autres viscères, que le drainage antérieur pratiqué habituellement est indirect et qu'il n'est pas au point déclive.

C'est pourquoi, il nous a semblé que le drainage lombaire doit trouver sous certaines conditions, une indication plus fréquente et particulièrement dans les formes de pancréatites aiguës ayant évolué vers l'abcédation ou le sphacèle de la glande.

Ce sont ces formes que nous aurons surtout en vue dans notre courte contribution au traitement des pancréatites :

Formes évoluant trop profondément ou trop étendues pour que l'organisme fasse à lui seul les frais de la résorption ; ou formes secondairement infectées par l'agression de germes provenant du tube digestif voisin ; ou évolution d'un foyer hématique infecté par voie sanguine.

CHAPITRE PREMIER

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC
DES DIVERSES FORMES
DE PANCRÉATITES AIGÜES

Le diagnostic des diverses formes de pancréatites aiguës est bien difficile à établir et cependant il serait nécessaire en vue de la conduite correcte du traitement.

Nous envisagerons ces diverses difficultés avant l'intervention puis au cours de l'acte opératoire.

I. — *Difficultés diagnostiques avant l'intervention.*
— Le traitement des pancréatites aiguës ne peut se discuter qu'à condition d'avoir résolu le diagnostic. Or, nous savons qu'il est bien difficile d'affirmer toujours et sans risque d'erreur le diagnostic de pancréatite aiguë.

Il est encore plus difficile d'en préciser la forme.

Là réside un problème majeur pour la conduite du traitement.

Nous n'insisterons pas sur la difficulté du diagnostic positif d'une telle maladie.

Les pancréatites ont été particulièrement bien étudiées cliniquement par BROcq et H. MONDOR.

En 1929, LÉON BINET, BROcq et UNGAR réunirent de nombreux tests biologiques pour essayer de préciser le diagnostic des pancréatites aiguës.

De même CALZAVARA et WOHLGEMUTH.

L'amyласurie est devenue une notion importante.

Néanmoins, actuellement encore, on ne peut dans bien des cas être absolument sûr cliniquement du diagnostic de pancréatite aiguë avant l'intervention.

P. BROcq et VARANGOT, ne disaient-ils pas à l'Académie de Chirurgie du 5 juillet 1937. « Nous tenons à le déclarer ici, avec presque tous les auteurs français et la plupart des chirurgiens en général, nous ne prendrons pas la responsabilité de repousser une laparotomie d'urgence, sous le prétexte discutable qu'elle peut aggraver une pancréatite aiguë, alors qu'on n'en sait rien et qu'on court le risque de passer à côté d'une perforation viscérale ».

Ainsi nombreuses sont les difficultés qu'il faut vaincre pour arriver au seul diagnostic positif et pourtant il serait nécessaire de préciser davantage et pouvoir reconnaître la forme clinique ou le degré des lésions anatomo-pathologiques si l'on fait de ces diverses formes la suite évolutive d'un même processus (R. SOUPAULT).

Combien il serait intéressant de pouvoir reconnaître avant d'intervenir, la forme oedémateuse ou pancréatite avec oedème (R. SOUPAULT) qui pourrait guérir par le seul traitement médical.

Et à l'opposé combien il pourrait être utile de savoir qu'il s'agit de pancréatites suppurées ou gangréneuses.

Et nous savons qu'il en existe une importante proportion (82 cas sur 468 d'après une statistique de BROcq).

Peut-être une température un peu élevée, un frisson initial ou une hyperleucocytose plus accentuée pourraient y faire penser, mais bien souvent, il ne s'agit que de nuances.

Ces formes d'ailleurs sont particulièrement graves.

Certaines cependant, n'ont pas une évolution rapidement fatale et alors on peut voir apparaître une voussure dans la région épigastrique, un empâtement du flanc qui pourrait aider au diagnostic.

Les phénomènes bruyants du début s'atténuent mais de nouvelles poussées surviennent, accompagnées de fièvre, de frissons, d'une hyperleucocytose élevée (supérieure à 25.000).

Finalement, de poussées en poussées, la collection profonde se développe ; on la perçoit alors nettement et il faut intervenir pour drainer.

Mais à côté de ces formes suppurées secondairement, il est des pancréatites aiguës qui apparaissent suppurées d'emblée, ou présentent immédiatement un gros foyer de nécrose.

Il est inutile d'insister sur la gravité de ces cas qui entraînent le plus souvent la mort par péritonite et par septicémie, à moins que l'intervention ne soit précoce (BROcq et CHABRUT).

Dans d'autres circonstances la pancréatite suppurée peut avoir franchement et dès le début, une allure traînante, aboutissant lentement à la constitution d'une tumeur qui est suppurée ; mais cette tumeur a des sièges variables.

Le plus souvent, elle est épigastrique, rarement absolument médiane, débordant sur l'hypocondre droit ou mieux sur l'hypocondre gauche.

Cette tumeur est un peu douloureuse, tendue et fixe.

Elle est profonde et l'examen radiologique est très important dans cette forme.

Il arrive, parfois, que la tumeur pointe vers le bas ; qu'elle fasse saillie sous le ligament gastro-colique ou même sous le côlon transverse, dans ces conditions on la palpe et on la percute directement à travers la paroi abdominale.

Il existe d'autre part, des formes de pancréatites suppurées qui se révèlent tardivement par un abcès dont il est difficile au début de faire le diagnostic.

Il s'agit parfois d'abcès sous-phréniques qui laissent à leur suite une fistule pancréatique, preuve de l'origine de l'abcès.

C'est ainsi qu'un malade de COENEN présentait un abcès sous-phrénique gazeux, et au fond de la poche suppurée on apercevait le pancréas sphacélé.

Parfois c'est une tuméfaction qui bombe dans la région lombaire gauche et qui présente les apparences d'un abcès périrénal et qui n'est autre qu'une pancréatite suppurée.

Il est à noter de plus, que certains de ces abcès peuvent être latents pendant une longue période.

Toutes ces formes abcédées posent un important problème thérapeutique, car il ne faut pas compter sur leur résorption, à moins que la collection ne soit très petite ; mais en général si on n'opère pas, la cachexie et les phénomènes d'insuffisance pancréatique progressive, aggravée encore par des crises intermittentes de douleurs épigastriques avec poussées fébriles, finissent par emporter le malade (P. BROcq).

Cependant, au cours de la période plus ou moins longue d'expectative, qui précède une intervention à tort différée, on a pu voir l'abcès se vider dans l'estomac, le côlon, le duodénum ou même dans les bronches au cas de phlegmon sous-phrénique, exceptionnellement dans la vessie.

Mais il faut bien savoir, que cette évacuation spontanée n'entraîne pas toujours la guérison ; la trop longue période d'attente a permis à la nécrose glandulaire de progresser ; les altérations du pancréas peuvent être le siège de phénomènes infectieux graves pour l'avenir immédiat.

Tous ces dangers peuvent parfois être évités par l'ouverture précoce et par le drainage.

II. — *Difficultés diagnostiques au cours de l'intervention.* — Là encore le diagnostic exact des lésions peut être difficile. Car il s'agit souvent de malades obèses, dormant mal. Aussi il faut être attentif et

faire l'examen de la cavité abdominale soigneusement et d'une façon très méthodique.

En effet, des abcès partiels de la glande peuvent passer inaperçus et certaines lésions peuvent être prises pour une pancréatite.

Cependant, on peut dire qu'au cours des pancréatites suppurées, le pus ou le sphacèle sont en général assez faciles à découvrir, mais il n'est pas toujours simple de connaître leur origine exacte.

Témoin les fistules pancréatiques survenant à la suite d'abcès sous-phréniques et qui révèlent alors la véritable origine.

De même certains abcès localisés peuvent être ignorés ou n'être révélés qu'au cours de décollement duodéno-pancréatique.

Néanmoins, l'exploration méthodique de la cavité abdominale, la présence de fragments de glande permettent de se repérer, en même temps qu'ils fournissent des renseignements sur la manière de drainer.

Nous n'insisterons pas sur l'exploration des voies biliaires dont on connaît toute l'importance au cours des pancréatites aiguës et il est parfois nécessaire de traiter d'emblée de telles lésions.

De la variété ou de l'importance des lésions constatées au cours de l'intervention dépend tous les actes chirurgicaux portant soit sur le pancréas, soit sur les voies biliaires, avec les divers drainages à envisager et aussi le choix du moment de chaque intervention proposée.

Nous envisagerons essentiellement, dans notre

courte étude, le drainage de la loge pancréatique qu'il soit immédiat, qu'il soit retardé ou tardif, suivant les diverses formes devant lesquelles nous nous trouverons en présence.

Parmi ces formes de drainage, nous étudierons plus particulièrement le drainage lombaire.

CHAPITRE II

INDICATIONS DU DRAINAGE IMMÉDIAT DU PANCRÉAS

Dans les pancréatites aiguës hémorragiques, on a critiqué l'utilité de l'action immédiate sur le pancréas et même son inocuité.

Son inocuité, car cet acte occasionne la dilacération de la glande, peut être la cause d'une hémorragie importante et peut donc diffuser l'hématome.

D'autre part, il ouvre les vaisseaux pancréatiques et donne issue à davantage de suc pancréatiques et nous savons l'importance qu'on donne à ces suc dans les lésions observées au cours des pancréatites aiguës.

Certains auteurs ont reproché et accusé même le drainage du pancréas par MIKULICZ d'ouvrir la porte à l'infection.

L'utilité d'une telle intervention a donc été bien discutée et pourtant certaines notions semblent nous indiquer qu'elle soit nécessaire.

N'a-t-on pas dit que cet hématome pancréatique était toxique ?

D'autre part il semble bien difficile que les héma-

tomes un peu volumineux puissent se résorber facilement spontanément, de même que sans intervention les débris sphacéliques puissent s'éliminer.

De plus dans les formes suppurées, comment pourrait-on, ne pas drainer immédiatement ?

Et nous savons qu'il est des formes de pancréatites suppurées d'emblée et que cliniquement, il n'est guère possible de les différencier des autres.

On comprend alors, que dans ces cas de suppuration ou de sphacèle immédiats, l'opération ne doive pas être différée, car il faut éviter les dangers de diffusion.

Mais, si donc, dans bien des cas l'intervention est nécessaire, quelle voie d'abord faut-il préférer ?

Les chirurgiens ont drainé la collection, tantôt en passant par l'abdomen, tantôt par la région lombaire, tantôt les deux à la fois. Ce drainage doit dépendre essentiellement de la forme même de la maladie qui orientera dans ce choix.

En tout cas, il semble qu'il faille drainer immédiatement dans de nombreuses circonstances et cela à cause de l'impossibilité de connaître, par la clinique, l'importance des désordres anatomiques.

I. — Drainage antérieur du pancréas

Nous n'insisterons pas trop sur le drainage antérieur qui est cependant capital et qui présente de nombreux avantages.

Il est certain que c'est la voie antérieure qui permet le mieux l'exploration du pancréas et l'ouverture de tous les foyers purulents ou nécrotiques.

De plus, elle permet d'inspecter les organes voisins : voies biliaires, estomac, duodénum, et de découvrir parfois la cause probable de la pancréatite aiguë.

Cependant, il faut bien savoir qu'il peut être dangereux, dans les formes suppurées, de se livrer à des explorations trop étendues et qu'elles doivent être faites avec douceur.

Il conviendra, en tout cas, de faire d'abord l'exploration du pancréas.

L'incision abdominale sera médiane, sus et para-ombilicale.

L'abdomen ouvert, l'épanchement de sang et la stéatonécrose peuvent déjà orienter l'opérateur.

On soulève le foie pour inspecter le petit épiploon ou parfois une tuméfaction pancréatique peut saillir.

Puis on relève le ligament gastro-colique avec le côlon et le grand épiploon ce qui permet d'explorer la portion de pancréas contenue dans la 3^e et 4^e portion du duodénum.

En l'absence de symptômes on explore l'hiatus de WINSLOW par où peut sourdre du sang et du liquide.

On s'assure alors que la lésion n'est pas localisée à la queue du pancréas, auquel cas, le clivage rétro-péritonéal, en dehors du côlon descendant, donnerait un accès direct sur cette partie du pancréas.

Sinon, il faut pénétrer dans l'arrière cavité des épiploons.

Plusieurs voies permettent d'y accéder.

On peut effondrer l'épiploon gastro-hépatique au-dessus de la petite courbure de l'estomac, mais c'est en général une voie trop étroite et trop haute.

Elle peut être cependant indiquée par le relief que dessine parfois la tumeur pancréatique au-dessus de la petite courbure de l'estomac.

Le plus souvent, on pénètre dans l'arrière-cavité des épiploons, en effondrant le ligament gastro-colique au-dessous de la grande courbure de l'estomac ou mieux par le décollement ou le clivage colo-épiploïque qui sépare le grand épiploon du mésocôlon transverse.

Lorsqu'on a pénétré de la sorte, dans l'arrière cavité, on la nettoie du liquide et du sang qu'elle contient, on limite ensuite soigneusement le champ opératoire par une série de compresses ou de champs pour protéger la cavité péritonéale.

On examine alors le pancréas.

Il arrive qu'on trouve au-devant de lui ou sur son bord inférieur, une collection enkystée.

On l'ouvrira, après l'avoir ponctionnée, en effondrant le péritoine prépancréatique.

D'autres fois, le pancréas apparaît épaissi, noirâtre et infiltré en bloc de foyers sanguins ou de poches liquides.

S'il s'agit de sphacèle déjà confirmé, la même pratique s'imposera et quelquefois des parcelles détachées de l'organe pourront être éliminées.

On sera, du reste, prudent dans ces manœuvres, pour ne pas accroître l'hémorragie, car sur des tissus aussi friables, on ne pourrait guère que tamponner.

Dans certains cas, où les lésions prédominent à la tête du pancréas, il peut devenir nécessaire de pratiquer le décollement duodéno-pancréatique.

Il permet de palper entre deux doigts la glande malade, d'ouvrir et de drainer un abcès postérieur.

KÖRTE aurait méconnu, pour avoir négligé cette manœuvre, un abcès postérieur que l'autopsie révéla.

Par contre, si les lésions prédominent à la queue du pancréas, il faudra cliver l'angle colique gauche qui donne un accès direct, sur cette partie de la glande.

Les lésions pancréatiques étant bien exposées par l'une ou l'autre des manœuvres que nous avons décrites et que l'on aura choisie d'une façon adéquate par rapport au siège de la lésion ; les lésions hémorragiques, sphacéliques, nécrotiques ou purulentes nettoyées, il faudra installer le drainage.

Le drainage de ces lésions pancréatiques doit être fait avec soin, car comme tout drainage de la cavité péritonéale, il peut être insullisant, précaire, incertain et d'une valeur limitée dans le temps.

Nous insisterons aussi sur l'importance qu'il y a, à drainer largement ces foyers septiques.

De plus, à la suite de ces interventions difficiles, souvent sanglantes, il y aura intérêt à utiliser le drainage à la Mikulicz qui complète l'hémostase, limite le champ d'infection et draine admirablement.

Après avoir détergé le foyer, on fera pénétrer un ou deux drains jusqu'au contact ou même dans l'épaisseur du pancréas, et autour d'eux, on tassera un sac de Mikulicz ou encore deux ou trois lamelles épaisses de gaze.

Drains et lamelles passeront par l'orifice du ligament gastro-colique et s'il est possible, on adossera, par un surjet ou par des points séparés, les deux lèvres de cet orifice au péritoine pariétal.

Il faut s'attacher, en effet, à réaliser le drainage extrapéritonéal.

On ne se hâtera pas de retirer le tamponnement.

Il doit être laissé en place très longtemps, de huit à quinze jours.

Ce drainage antérieur présente de nombreux avantages et nous en citons quelques observations. (Voir le premier groupe d'observations). Mais il peut parfois être insuffisant.

a) *Drainage du tissu cellulaire rétro-pancréatique.* — Les difficultés du drainage antérieur des pancréatites aiguës proviennent non seulement du siège même de l'organe, mais aussi de la diffusion des liquides septiques tout autour de la glande.

C'est pourquoi divers auteurs ont, avec raison cherché à améliorer ce drainage antérieur.

Et nous retrouvons dans les « *Archives of Surgery* un nouveau procédé de HAYNES.

Cet auteur déclare qu'une fois la région pancréatique découverte, il faut drainer le tissu cellulaire rétro-pancréatique et pour cela, l'opérateur avec le doigt s'insinue entre la troisième portion du duodénum et la tête du pancréas et conduisant prudemment le doigt arrive à passer derrière le pancréas.

A ce moment, il dissocie la région rétro-pancréatique à l'aide de la main droite qui vient de faire la manœuvre indiquée et de la main gauche qui saisissant en masse le côlon et le méso-côlon transverse limite la courbe de décollement et guide celui-ci.

On arrive ainsi à décoller la face postérieure du pancréas et l'on peut aisément glisser 1 ou 2 drains dans cette région.

Et cet auteur apporte à l'appui de cette thèse, six observations. (Voir observation 13).

Dans la première qui a été drainée sans suivre ces directives le malade est mort, les cinq autres cas drainés par son procédé ont guéri.

Ce drainage, semble donc, peut être, plus actif que le simple drain antérieur.

b) *Importance du drainage correct et prolongé.* — Si comme nous venons de le dire, le drainage antérieur doit être fait soigneusement, il doit être laissé longtemps en place. L'observation 1, du Dr PICOT,

est un exemple de résultat désastreux, survenu à la suite de l'ablation trop rapide du drain.

c) *Insuffisance du drainage antérieur dans certains cas.* — Il nous est apparu dans certains cas, malgré tout le soin que les auteurs semblaient avoir apporté au drainage antérieur qu'il était insuffisant. Et en feuilletant les comptes rendus d'autopsie, on y voit qu'il y est noté assez fréquemment la présence de poches purulentes ou sphacéliques non drainées. Ces fusées qui se forment au cours de l'évolution de la maladie, gagnent des régions inaccessibles au drain antérieur. Ces collections purulentes peuvent descendre à la partie inférieure de l'abdomen, s'engager derrière le côlon descendant, passer sous le duodénum ou gagner les fosses lombaires. Elles sont en tout cas généralement, très postérieures et déterminent de graves accidents pour l'avenir immédiat.

KÖRTE dans ses observations, au congrès de chirurgie international, cite des comptes rendus opératoires dans lesquels il note des collections importantes après un drainage qui avait été insuffisant.

Nous citons une observation (obs. 9) du D^r JACOBOWICZ dans laquelle après un drainage antérieur apparut un abcès lombaire.

Nous-même citons un cas où l'autopsie révéla la présence d'un abcès postérieur après drainage antérieur (observ. 10).

d) *Action sur les voies biliaires associée au drainage*

antérieur. — Nous n'insisterons pas sur l'action complémentaire qu'il est souvent nécessaire d'ajouter au drainage antérieur. Il s'agit le plus souvent de cholécystostomie qui est peu choquante et qui ménage une soupape de sûreté.

II. — Drainage lombaire immédiat du pancréas

Les dangers d'un ensemencement du péritoine par l'abord antérieur d'une collection profonde de l'abdomen, obligeant à traverser entièrement la cavité abdominale, ont incité des chirurgiens, à rechercher une autre voie de drainage.

Et c'est la question du drainage sous-péritonéal qui s'est posée, que M. le Pr DELBET a défendu.

Il faut tenir compte en effet que la voie antérieure de drainage est indirecte, qu'on passe au-dessous, ou dessus de l'estomac, qu'elle est d'autre part profonde.

C'est au fond d'un puits que l'on place l'extrémité des drains, chez des sujets qui ont souvent une paroi grasse, ce qui allonge encore d'autant le trajet du drainage et de plus, elle n'est pas réellement déclive sur des malades couchés.

Nos observations 9 et 10, montrent que le drainage antérieur peut être insuffisant puisqu'il s'est constitué secondairement un abcès lombaire.

KÖRTE et P. DELBET ont insisté sur l'importance de cette voie lombaire pour atteindre la glande car elle plus déclive.

Il est certain que l'abord postérieur du pancréas est

plus court, mais nous pensons qu'il n'est vraiment à entreprendre d'emblée que pour les formes dans lesquelles la collection évolue nettement en arrière ou comme complément du drainage antérieur.

D'ailleurs ce drainage n'a été entrepris que dans les pancréatites suppurées ou nécrotiques, donc essentiellement graves et KÖRTE nous dit que sur 7 cas, 2 seulement guérissent quoiqu'étant bien drainés. Un cas de VON BRENTANO dans lequel, l'auteur pratiqua une incision lombaire gauche dans les premiers jours de la maladie fut suivie de guérison.

Mais, si cette voie offre l'incontestable avantage de mettre le péritoine à l'abri et de drainer au point déclive la loge pancréatique sur un malade qui est couché, elle a de gros inconvénients.

Elle est d'abord étroite et on ne peut avec elle découvrir qu'une petite portion du pancréas dans la profondeur de la plaie, de telle sorte que plusieurs opérateurs, KÖRTE, en particulier, se rendant compte de l'insuffisance du drainage, furent obligés, après avoir pratiqué une incision lombaire d'un côté, de faire une ouverture semblable du côté opposé et même d'ajouter une contre-ouverture latérale, sans avoir pu, malgré tout, explorer largement la glande malade.

Il faut tenir compte aussi, des nombreux organes vasculaires qui passent sur la face postérieure du pancréas et qui gênent son exploration.

Enfin en opérant ainsi, on ne peut que drainer et

il est impossible de chercher autour du pancréas, la cause première de l'affection.

Cependant le drainage lombaire peut présenter des avantages certains : soit pour compléter un drainage antérieur insuffisant, soit pour drainer des formes de pancréatites aiguës à évolution postérieure.

A. — Rappel anatomique

Le pancréas correspond par sa tête à la zone cholédocopancréatique de Chauffard et par son corps coupe l'extrémité de la 8^e côte gauche, la direction de la 9^e et de la 10^e entre la ligne axillaire postérieure et scapulaire, pour se terminer en se recourbant au niveau de l'apophyse de la 1^{re} vertèbre lombaire.

Ici ce sont les rapports postérieurs qui nous intéressent.

1. La partie qu'on appelle le corps du pancréas est située à gauche de la colonne vertébrale et en regard de la première et la deuxième vertèbres lombaires.

Il est au contact immédiat des vaisseaux spléniques, qui le parcourent dans toute son étendue.

L'artère splénique tendant à se diriger vers son bord supérieur, tandis que la veine est sous-jacente et se dirige vers la veine porte.

En arrière, le pancréas et les vaisseaux spléniques appliqués par le fascia de Toldt répondent au bord gauche de l'aorte et surtout à ses branches : la rénale gauche, la capsulaire moyenne, les deux premières artères lombaires gauches et l'artère spermatique gauche.

De plus, passent à ce niveau, la veine rénale gauche et la capsulaire moyenne.

D'autre part, le corps du pancréas répond à la face antérieure, sus-pédiculaire du rein gauche.

Tous ces organes recouvrent le pilier gauche du diaphragme avec le canal thoracique, le grand et le petit splanchniques.

Plus en arrière, les muscles de la région lombaire.

2. La queue du pancréas répond en arrière au rein gauche et si elle est longue, elle peut atteindre la face interne de la rate.

Le plus souvent, c'est à gauche que l'on cherchera à drainer par la voie postérieure les collections hématisques, sphacéliques ou suppurées du pancréas.

3. Le col du pancréas est inabordable en arrière, répondant directement à la veine porte, puis par l'intermédiaire du fascia de Treitz à l'interstice aortico-cave.

4. La tête du pancréas appliquée à la paroi profonde de l'abdomen par le fascia de Treitz répond essentiellement à la veine cave qui reçoit à ce niveau, la veine rénale droite, la veine spermatique ou utéro-ovarienne droite.

De plus, au pédicule rénal droit et parfois au bassin et au bord interne du rein droit.

Si l'on tient compte de ces rapports, la voie postérieure lombaire, rétro-péritonéale, est apparemment moins claire.

Mais elle respecte la cavité péritonéale, ouvre la collection à sa partie basse et est plus favorable au drainage.

B. — Technique opératoire

Nous l'étudierons ici avec précision, car à cette période de début il n'y a pas de collection franche qui puisse guider le chirurgien — et nous l'envisagerons du côté gauche puis du côté droit.

Position du sujet. — Le malade doit être couché franchement sur le côté opposé à l'intervention, avec un billot sous ce flanc.

Incision lombaire gauche. — L'incision cutanée, puis musculaire, est à peu près longitudinale, un peu oblique en bas et en dehors, allant un peu moins bas que pour une incision rénale.

On incise sur le bord externe de la masse sacro-lombaire et l'on procède d'abord à la découverte du rein.

Celui-ci reconnu, on passe en dehors de son pôle supérieur et de la capsule surrénale, que l'on écarte en dedans ; on incise le feuillet antérieur de la capsule adipeuse du rein et l'on atteint la face postérieure du pancréas, visible sur une longueur de 6 centimètres.

Pour se donner plus de jour, on peut réséquer la partie moyenne ou les deux tiers externes de la 12^e côte.

Le pancréas exposé, on l'effondre au doigt ou à la pince, mais avec précaution pour ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale.

La partie abcédée ou nécrotique est ainsi évacuée.

Incision lombaire droite. — La voie habituelle est l'incision lombaire gauche mais rien ne s'oppose à un abord lombaire droit.

L'incision est semblable à celle que nous avons décrite pour le côté gauche. Mais après avoir découvert le rein on pratiquera un décollement duodéno-pancréatique pour rechercher la partie malade de la glande.

KÖRTE l'a pratiqué dans un cas qu'il cite (observation 15).

Le drainage. — Le drainage est d'exécution simple si l'on a suivi cette voie lombaire. Il suffit en général de mettre deux drains dans la plaie. Mais on peut être obligé d'y adjoindre un tamponnement par mèche si le saignement est de quelque importance.

**C. — Drainage lombaire immédiat
complément du drainage antérieur**

Dans certaines circonstances, il apparaît après l'exploration abdominale, que le drainage antérieur sera insuffisant, parce qu'il existe des recessus que les drains ne pourront atteindre.

Dans ces cas, il peut être intéressant de pratiquer d'emblée un drainage postérieur associé au drainage antérieur.

KÖRTE va plus loin et dit que si après l'incision antérieure, on ne peut suturer aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche purulente, ou tout au moins les bords de l'incision épiploïque, il serait préférable, de recourir au drainage postérieur à travers une incision lombaire.

Dans ces conditions, l'incision lombaire peut être facilitée par la voie d'abord antérieure.

La main gauche ou une grande pince passée par l'abdomen peut faire saillie en arrière et ce sera sur cette saillie que l'on incisera.

Dans l'observation 15, KÖRTE après avoir pratiqué une incision antérieure préféra ensuite drainer par la voie antérieure. Dans notre observation 11 on pratiqua après un drainage antérieur qui nous parut insuffisant, un drainage postérieur, en se guidant par la plaie antérieure.

CHAPITRE III

TRAITEMENT CHIRURGICAL RETARDÉ

Ici, ce n'est plus, en général, un problème d'urgence qui se pose.

Les premiers jours franchis, sur ces malades qui ont résisté à la première phase de shock des pancréatites aiguës, l'examen clinique et les explorations de laboratoire vont pouvoir se faire avec davantage de précision. Le processus n'étant plus alors en pleine activité, ces malades apparaissent non shockés et certains symptômes pourront alors orienter l'acte opératoire.

ELIASON et NORTH, de Philadelphie, n'opèrent les pancréatites qu'« après refroidissement », car disent-ils, on obtient 80 % de mortalité à la suite des laparotomies immédiates.

WOLZEL et POLYA abandonnent l'idée d'un traitement chirurgical d'urgence, en se basant sur l'évolution spontanément curable de l'œdème aigu du pancréas, et sur l'évolution mortelle, malgré le traitement chirurgical, des formes graves.

Ils ajoutent même que le drainage précoce ne

manque pas d'inconvénients et risque en particulier de rendre septique une lésion primitivement aseptique ; que d'autre part il est plus logique de traiter ultérieurement une lésion limitée comme un faux kyste, plutôt qu'une lésion diffuse contre laquelle l'action chirurgicale semble illusoire.

Mais il faut bien dire, que souvent, il s'agit dans ces cas de formes circonscrites, ou l'urgence a été moindre, ou l'examen a pu être plus complet, ce qui a permis d'entreprendre une tactique opératoire rationnellement mieux discutée et mieux conduite.

C'est dans ces formes en particulier, que les examens de laboratoire auront pu être pratiqués et dans lesquelles l'exploration radiologique aura pu être plus utile.

L'action sur le pancréas sera surtout indiquée, par l'apparition de collection ou d'abcès pancréatique ou péripancréatique qui s'accompagnent souvent de fièvre, d'une leucocytose élevée avec apparition d'une tuméfaction locale.

Cette tuméfaction peut s'orienter différemment suivant les formes.

Il est bien évident, en effet, que la suppuration dans le pancréas affecte des dispositions très variables : soit qu'il s'agisse d'une pancréatite diffuse dans laquelle le pus infiltre la totalité de la glande, qui apparaît augmentée dans son ensemble et qui se traduira par une tuméfaction épigastrique profonde, mais qu'on sentira bien au palper antérieur de l'abdomen ; soit que le pancréas contienne une, ou tout au moins,

un petit nombre de collections purulentes qui peuvent se manifester par une tuméfaction de l'épigastre, de l'hypocondre gauche, des lombes ou parfois même de l'hypocondre droit.

De pareilles lésions ne sont d'ailleurs pas sans retentir sur les parties avoisinantes.

La suppuration ne reste pas toujours cantonnée à la glande et si le sujet résiste assez longtemps, on peut au cours de ces interventions retardées, trouver des péritonites localisées à l'arrière-cavité des épiploons et aussi des abcès péri-pancréatiques.

Ces abcès peuvent alors fuser en haut, vers le diaphragme ; ou faire saillie en avant ou en arrière ; ou au contraire le pus peut descendre vers la partie inférieure de l'abdomen.

On comprend alors, toutes les difficultés du drainage dans ces cas, car non seulement il faut qu'il agisse sur le foyer primitif, mais aussi sur tous ces abcès de voisinage.

De plus, il peut arriver que ces collections viennent communiquer avec des organes voisins : duodénum, estomac, voies biliaires ; ou encore avec les séreuses : plèvres et péricarde, et offrir ainsi des localisations microbiennes secondaires à l'infection pancréatique.

On voit donc, combien pourra être variable l'action entreprise sur le pancréas.

Dans certains cas, ce sera le problème du drainage antérieur qui se pose, devant une collection que l'on sent sous la paroi antérieure de l'abdomen ; dans

d'autres il s'agira d'agir sur un abcès lombaire ; ou encore sur un abcès sous-phrénique.

Nous n'insisterons pas sur le drainage antérieur, qui là encore doit être envisagé fréquemment.

C'est le cas de collections épigastriques, à direction transversale. Le pus peut s'enkyster entre les feuillets péritonéaux ou dans l'arrière-cavité des épiploons.

L'incision ne sera qu'une incision d'abcès, elle se fera au point le plus saillant et sera donc le plus souvent épigastrique.

La règle d'aborder le pus, par le chemin le plus direct restant là, comme ailleurs, yraie.

Mais, elle s'accompagnera toujours des précautions d'usage, pour éviter la diffusion de l'infection. Il faudra donc être prudent dans l'évacuation des débris purulents et des lambeaux de sphacèle, pour ne pas pénétrer en péritoine libre.

La cavité abcédée ou sphacélique évacuée, on placera un ou plusieurs drains, en ayant soin qu'il ne reste pas de recessus non drainés.

Il faudra encore adjoindre un tamponnement avec des mèches épaisses qui encadrent les drains ou mettre un Mikulicz.

Drainage lombaire retardé

Ce drainage doit être préféré dans les collections à évolution franchement postérieure. (Observations 14, 16, et 19).

D'ailleurs, dans ces cas, l'origine pancréatique est loin d'être toujours démontrée d'emblée. Ils donnent l'apparence d'abcès sous-phréniques qui fusent dans la région lombaire et, ce n'est parfois que l'apparition d'une fistule pancréatique qui viendra faire la preuve de la véritable nature de la maladie.

Car il faut bien dire, que dans ces collections, l'exploration chirurgicale est difficile, d'autant plus qu'il faut être prudent pour ne pas rompre en avant le péritoine.

L'incision se fera donc sur le point culminant de la tuméfaction lombaire, mais elle doit être assez longue, pour permettre le nettoyage de l'abcès.

Cette incision suivra, en général, le bord externe de la masse sacro-lombaire dans son tiers supérieur et remontera un peu obliquement, à hauteur variable, sur les dernières côtes.

On placera ensuite un ou deux drains, en ayant soin de vérifier si les diverses fusées purulentes qui ont pu se produire, sont bien drainées.

Mais en dehors de ces cas, le drainage lombaire retardé peut être envisagé au cours de l'évolution de certaines pancréatites aiguës, dans lesquelles le drainage antérieur est apparu insuffisant.

Et cela se voit assez souvent. Pendant des semaines il s'écoule des lambeaux sphacéliques de pancréas ou du pus.

Peu à peu, du fait de cette suppuration continuelle, et aussi de la fistule pancréatique, l'état général s'aggrave. De fortes poussées de température entrecourent cette évolution traînante, lors de poussées de rétention purulente plus importante.

On est alors amené à agrandir l'incision première, de faire des lavages de la cavité septique, mais bien souvent néanmoins, tout cela n'amène aucune sédation.

C'est ainsi que nous avons cherché, si le drainage lombaire ne pourrait pas amener une meilleure évacuation.

Dans l'observation 11, il nous a semblé, alors même que cette incision postérieure fusse tardive, qu'elle amena une certaine détente.

Cette sédation, nous a permis ensuite d'entreprendre une cholecystectomie et de guérir notre malade.

Car bien entendu l'action sur les voies biliaires ne doit pas être négligée à la suite de ces interventions secondaires, après une étude complète des malades. Cet examen pourra d'ailleurs être fait soigneusement ici, car il ne s'agit plus de malades opérés d'urgence et on aura eu le temps de pratiquer des examens cliniques, de laboratoires et radiologiques plus complexes.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL TARDIF

Ce traitement est envisagé, alors que tous les phénomènes aigus sont apaisés et il est entrepris assez loin d'eux.

On peut être obligés d'intervenir pour de nombreuses raisons, soit qu'il s'agisse d'abcès pancréatiques tardifs, de pseudo kystes du pancréas ou de pancréatite chronique.

Ces lésions se verraient plus fréquemment à la suite des pancréatites aiguës sur lesquelles on n'est pas intervenu à la phase initiale, mais elles s'observent également après un drainage primitif qui pouvait sembler correct — et on ne peut pas toujours en rendre responsable l'insuffisance du drainage antérieur. Il est bien certain cependant que ce drainage est difficile à maintenir en bonne place. De plus, nous avons insisté sur l'importance de le laisser longtemps. Nous citons d'ailleurs une observation de M. PICOT qui en montre le bien fondé.

De même dans certains cas, mal drainés par le drainage antérieur, peut-être un drainage postérieur eut-il évité quelques-unes de ces complications secondaires ?

De même à cette période tardive, de nombreux auteurs ont préconisé d'agir sur les voies biliaires si elles présentent des lésions, dans le but d'éviter de nouvelles poussées de pancréatites aiguës.

Pour GRIESSMANN, ce n'est que lorsque la diastase et la courbe glycémique seront revenues à la normale, ce qui demande parfois des semaines, qu'on devra intervenir sur les voies biliaires, pour éviter les récidives.

Nous voyons donc qu'à cette phase tardive une intervention chirurgicale peut devenir encore nécessaire, qu'elle agisse sur les voies biliaires ou sur le pancréas.

Nous parlerons surtout du drainage lombaire des collections suppurées tardives du pancréas, mais il faut bien dire que même à cette période ce ne sera pas la forme de drainage la plus fréquente, et qu'elle ne se pose que dans certains cas.

Drainage lombaire tardif. — Cette forme de drainage sera principalement à envisager lorsque le pseudo-kyste du pancréas ou l'abcès nécrotique rétro-péritonéal, fait saillie à la région lombaire.

Ces abcès du pancréas qui constituent des suppurations pancréatiques en foyer, font alors penser à des abcès périnéphrétiques haut situés.

C'est alors qu'il faudra rechercher, dans la crise initiale, les symptômes de pancréatite, fouiller les antécédents du malade qui peuvent orienter parfois vers l'origine vraie de ces collections.

En tout cas, il est commode de les drainer par la voie lombaire qui évacue correctement ces collections et ainsi peut éviter certains ennuis post-opératoires.

Technique. — L'incision se fera dans l'angle sacro-lombaire gauche, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire.

L'intervention est ici beaucoup plus simple que lors des interventions précoces. En effet, il existe un abcès souvent volumineux, faisant en tout cas une saillie lombaire importante, refoulant en arrière le péritoine pré-rénal.

La collection est donc facilement accessible, une pince de Kocher l'évacuera.

Il ne restera plus qu'à mettre un ou deux drains.

CHAPITRE V

TRAITEMENT MÉDICAL POST-OPÉRATOIRE

Peu d'affections donnent autant de soucis et demandent autant de surveillance dans les suites opératoires.

Beaucoup de malades succombent très vite dans les heures qui suivent l'intervention et l'on voit alors l'état général s'aggraver très rapidement : le collapsus s'accroît, le pouls devient imperceptible.

D'autres fois, le décès est plus tardif survenant vers le 2^e ou le 3^e jour avec apparition du ballonnement. Quelle qu'en soit l'interprétation : choc nerveux, toxique, anaphylactique ou péritonite, le cap difficile à franchir est celui du 3^e au 4^e jour.

Le pouls conserve une haute valeur positive, sa rapidité et sa force, en étant les éléments essentiels.

CALZAVARA considère également qu'une hyperglycémie qui se maintient après le drainage indique un mauvais pronostic.

Il sera donc indispensable de soutenir dès les premiers jours l'état général, par l'administration répétée de toni-cardiaques ; hydrater abondamment ces

malades, avec 1 l. 500 à 2 litres sérum salé par 24 heures par voie sous-cutanée et même intra-veineuse.

Il faudra combattre dès le 3^e jour la parésie intestinale par de petits lavements salés hypertoniques et par des injections d'hypophyse.

Mais de plus, il faut considérer ces malades, tout au moins dans les suites opératoires immédiates, comme présentant des lésions pancréatiques graves.

Dè là découlent quelques soins particuliers.

Il faudra essayer de freiner la sécrétion pancréatique par la belladone ou l'atropine ; chercher à réduire l'acidité gastrique et la sécrétion pancréatique par l'administration de bicarbonate de soude *per os* ou des lavages alcalins de l'estomac ; essayer de diminuer la glycosurie par l'injection d'insuline à doses modérées mais en contrôlant régulièrement cette glycosurie.

Les soins locaux ont également une grosse importance, car il faut éviter la fermeture trop rapide de la paroi, ce qui rendrait le drainage rapidement insuffisant. De plus à partir du 5^e jour, il y aura intérêt à procéder à des lavages par le drain, à l'eau oxygénée ou au Dakin, qui permettront l'élimination plus facile des débris sphacéliques.

OBSERVATIONS

I. — Observations démontrant l'utilité du drainage de certaines pancréatites

OBSERVATION I

Docteur PICOT, *Société Nationale de Chirurgie*, du 16 février 1927.

Appelé le 14 mai 1923, auprès d'une femme de 40 ans qui présentait depuis la veille au matin un syndrome d'occlusion intestinale ayant débuté brusquement par une douleur violente au creux épigastrique. Le ventre est distendu uniformément mais non contracturé. L'occlusion ne cède ni à un lavage d'intestin pratiqué à midi, ni à trois injections successives de 1/2 milligramme d'atropine dans le courant de l'après-midi. La température est à 38°, le pouls à 125. Dans les antécédents de la malade on trouve deux ans auparavant une crise franche de colique hépatique suivie de subictère. J'opère cette malade à 11 heures du soir. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic de pancréatite hémorragique est posé. Il existe, en effet, une ascite très hémorragique et l'épiploon est couvert de taches de cytotéatonecrose. Je mets un drain dans le Douglas et referme l'abdomen. Par une incision transversale et sous-costale droite, je mets à découvert les régions vésiculaires et duodénale. La vésicule est petite, ratatinée et contient de nombreux cal-

culs dont un, volumineux, gros comme un œuf de pigeon, elle a une teinte ecchymotique impressionnante. Je pratique rapidement la cholecystectomie et mets un drain dans l'hépatique. J'explore alors la région pancréatique et je constate que la tête du pancréas est le siège d'une tuméfaction anormale et que toute la région est couverte de taches de bougie confluentes. J'ouvre l'arrière-cavité des épiploons en débridant le petit épiploon et il en sort une quantité assez considérable de liquide séro-hématique. Je draine l'arrière cavité avec un gros tube et deux mèches et place également trois mèches dans la région vésiculaire, le long du tube de drainage de l'hépatique. La malade, dont l'état général était relativement bon, est un peu fatiguée par l'intervention. On la remonta avec 1.500 grammes de sérum et des toni-cardiques. Le lendemain, le pouls reste rapide (120) la température baisse à 37°2, mais il existe de l'anurie et une diarrhée profuse, les matières sont blanchâtres et fétides : le drain hépatique donne issue à un demi-litre de bile de coloration normale. Le jour suivant, la température se maintient entre 37°5 et 37°8, le pouls s'améliore à 100, mais la diarrhée persiste, les urines sont légèrement albumineuses et contiennent un peu de sang et d'urobiline, pas de cylindres. Le troisième jour, l'état s'améliore tellement que l'interne enlève le drainage de l'arrière-cavité. Dès le lendemain la température s'élève, en trois jours elle va atteindre 39° et s'y maintiendra. Des symptômes apparaissent à la base gauche. Ils sont étiquetés broncho-pneumonie et soignés comme tels. Le 2 juin, le drainage de l'hépatique est accidentellement supprimé. Les accidents pulmonaires n'ont pas rétrocedé depuis leur éclosion, lorsque dans la nuit du 4 au 5 juin, la malade accuse de violentes douleurs abdominales et on constate la présence d'une tuméfaction dure, régulière, douloureuse, mate, siégeant sous le rebord costal gauche. Elle ne suit pas les mouvements respiratoires. L'espace de Traube reste sonore. La fosse rénale

gauche est souple, dans l'après-midi cette tuméfaction a encore augmenté, elle va de l'appendice xiphoïde jusqu'au voisinage de la crête iliaque. La palpation montre qu'il existe une autre tuméfaction profonde siégeant à droite de l'ombilic et atteint la région vésiculaire. Après un examen radioscopique pratiqué le lendemain et qui confirme les données de la clinique, la malade est opérée. Sous l'anesthésie au chloroforme on incise la paroi sur le bord externe du muscle grand droit du côté gauche et l'on évacue une collection limitée par de nombreuses adhérences. Il s'écoule environ 1 litre de pus grisâtre, contenant de petits fragments blanchâtres, friables, analogues à de la matière sébacée. On met en place deux gros drains et une mèche ; mais la malade très affaiblie, saigne un peu et succombe trois heures après l'opération. A l'autopsie, les plèvres ne contiennent pas de liquide, les poumons sont normaux, un peu congestionnés à la base. Pas de liquide dans le péritoine. L'épiploon très épais présente des zones de nécrose et des abcès. Il existe en arrière de l'estomac une vaste collection étendue de la 2^e portion du duodénum à la rate. Le liquide est purulent et grisâtre. On trouve dans le liquide, la majeure partie du pancréas réduit à une masse extrêmement friable, entièrement libre, de coloration brun foncé. Il existe seulement le long de la 2^e et de la 3^e portion du duodénum, une mince bande de tissu pancréatique normal. On retrouve la queue du pancréas sensiblement normale. Les autres organes sont peu modifiés. En résumé cette femme est morte 24 heures après la 2^e opération, d'un volumineux abcès sous-phrénique développé dans l'arrière-cavité des épiploons après l'ablation trop rapide du drainage d'une pancréatite aiguë.

OBSERVATION II

Docteur JACOBOWICI, *Société Nationale de Chirurgie*, du 5 avril 1933.

Le 14 octobre 1929, femme P. A..., de 34 ans, antécédents de coliques hépatiques soignées depuis deux ans, souffre depuis 8 jours de douleurs prononcées, de vomissements biliaires et de phénomènes d'occlusion. L'état général est grave, l'abdomen est ballonné, il y a de la défense musculaire surtout dans l'étage supérieur. Pouls : 120. Température à 38°8. Analyse de l'urine : 300 unités. Diagnostic : Cholécystite, péritonite généralisée. Laparotomie sus-ombilicale. Taches de stéato-nécrose étendues et nombreuses. La vésicule est pleine de calculs. Le cholédoque est libre. On fait une cholécystectomie. Le pancréas est augmenté de volume. On effondre le ligament gastro-colique et la capsule, et on constate que le pancréas présente des zones de nécrose. On draine. Après l'opération survient une thrombophlébite. Ensuite une congestion pulmonaire. Au bout de 2 mois, la malade quitte la clinique, guérie.

OBSERVATION III

Docteur JACOBOWICI.

Le 3 mars 1933, femme A. S..., âgée de 54 ans, entre à la clinique.

Elle a des accès biliaires depuis 4 ans, le dernier accès a eu lieu sept jours auparavant et a duré 24 heures. Depuis 2 jours, elle a de nouveau, des douleurs violentes. A l'examen on constate que la malade est grasse. L'abdomen est ballonné, défense musculaire généralisée. Douleurs en barre. Pouls : 96. Température : 38°6. Respiration : 18. Leucocytose : 14.000. Amylase dans l'urine : 256 unités. Glycémie :

1.38 %. Diagnostic : pancréatique aiguë. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide sanguinolent. La vésicule biliaire est énormément dilatée et présente un calcul du volume d'un œuf de pigeon. Le cholédoque est libre. On effondre le ligament gastro-colique. On sépare avec difficulté la face postérieure de l'estomac. On ouvre la loge pancréatique et on y constate une quantité notable de sang qui infiltre la glande. Celle-ci a un aspect nécrotique. On draine. Après cela, on ouvre la vésicule biliaire, on enlève le calcul et on fait une cholécystostomie.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION IV

Docteur JACBOVICI.

Le 26 janvier 1921, un homme de 43 ans, entre à la clinique pour des douleurs à la région épigastrique avec des vomissements biliaires et des phénomènes d'occlusion depuis 24 heures.

Le pouls bat à 84, la température est de 36°6. On note une leucocytose à 20.000 Le malade est obèse, présente des douleurs en barre et de la défense musculaire.

On pose le diagnostic de pancréatite aiguë et l'on intervient. On constate la présence de sang dans la région sous-hépatique. Les voies biliaires sont libres. Sur le mésentère il existe des taches de stéatonécrose. On effondre le ligament gastro-colique, on ouvre la capsule du pancréas et on note dans la glande des régions d'une couleur gris sale et des infiltrations sanguines. On draine avec des tubes et des mèches de gaze. Quelques jours après l'opération, il s'élimine une portion sphacélée de pancréas. Il se forme une fistule pancréatique qui se ferme au bout de deux mois. Le malade guérit complètement.

OBSERVATION V

Le 26 janvier 1920, un homme de 32 ans entre à la clinique pour des douleurs datant de 5 jours, des vomissements et phénomènes d'occlusion. On constate que l'abdomen est partout douloureux, surtout à la région épigastrique. Autour de l'ombilic, on sent une résistance dure, ligneuse ; le pouls bat à 105, la température est de 38°2. On pose alors le diagnostic d'occlusion intestinale. A la laparotomie, on constate qu'il ne s'agit pas d'occlusion, la vésicule et les canaux biliaires sont libres. On sent que la tête du pancréas est augmentée de volume et qu'elle a les dimensions du poing d'un adulte. On effondre le ligament gastrocolique et on met en évidence la tête du pancréas qui est couverte de foyers hémorragiques. Le reste de l'organe est 2 à 3 fois plus grand que normalement et a une coloration rouge uniforme. On ouvre la loge pancréatique et on draine.

Le malade guérit et après 6 mois il est bien portant.

OBSERVATION VI

Le 26 mai 1929, un homme de 34 ans, souffre depuis 5 jours de douleurs abdominales qui ont débuté après un banquet un peu prolongé. Le malade a des vomissements et des phénomènes d'occlusion. A l'examen on constate que le malade est obèse et qu'il a de petites taches d'une couleur rouge foncé sur les membres. Ces taches ont disparu 2 jours après l'opération. L'abdomen est ballonné dans l'étage sous-ombilical, où la défense musculaire est maximum.

Pouls : 120, température 38°. Leucocytose : 8.500. Glycémie 1.07 %, amylase dans le sang et dans l'urine. On pose le diagnostic d'ulcère duodénal perforé ou de pancréatite. A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate des taches de stéato-nécrose. On effondre le ligament gastro-

colique et la capsule du pancréas et on ouvre une collection sanguinolante. Le pancréas est dur et infiltré de sang partout. On draine. Le malade guérit.

OBSERVATION VII

Docteur BACHY (St-Quentin) *Société Nationale de Chirurgie* du 25 novembre 1933.

Le 16 décembre 1932, un homme m'est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic « Perforation d'ulcère de l'estomac ». A 11 heures du matin, il a été pris brutalement d'une douleur suraiguë, siégeant dans la région épigastrique, s'irradiant aux lombes, il a eu des vomissements assez abondants. Le ventre s'est ballonné très rapidement. Il a été examiné une heure après le début des accidents par un médecin qui me l'envoya. A son arrivée, à l'hôpital, vers 3 heures de l'après-midi il présente un état général très inquiétant ; le pouls est rapide, petit, mal frappé, la température est à 39°5. Le faciès est grippé, tendu et la douleur très vive irradiée à tout l'abdomen. Depuis le début des accidents, il a vomi à trois reprises différentes, la paralysie de l'intestin est complète. A l'examen, la palpation réveille une douleur très vive, diffuse dans tout l'abdomen, la douleur est un peu plus marquée au niveau de la région épigastrique ; il n'y a pas de sonorité pré-hépatique. L'opération est pratiquée cinq heures après les accidents. A l'ouverture du péritoine, on note l'existence d'épanchement séro-purulent abondant qui fait croire à une perforation du pylore, mais il n'y a pas de gaz. Ce liquide séro-purulent est évacué à la pompe, il y en a environ 1 litre. L'examen de la région pylorique et du duodénum ne montre l'existence d'aucune perforation, mais un état d'œdème verdâtre qui englobe l'insertion du grand épiploon sur l'estomac, le ligament gastro-colique, le petit épiploon en arrière. On effondre le ligament gastro-colique

et on décolle le duodénum. On sent un pancréas dont la tête est grosse comme le poing.

Le feuillet péritonéal qui recouvre le pancréas est le siège d'un œdème verdâtre avec des traînées suppurées, quelques taches de bougie, de stéato-cyto-nécrose en arrière de l'estomac. On décolle le péritoine prépancréatique œdématisé. Le pancréas est le siège d'un volumineux œdème dur, nulle part on ne voit trace de gangrène, on ne voit pas d'effilochage, on ne voit pas de foyer d'hémorragie. Le tissu pancréatique paraît plus dur et plus infiltré que normalement, il semble être dépourvu de toute circulation artérielle et comme frappé de mort. La vésicule biliaire est grosse, rouge, les parois en sont épaissies, l'épiploon s'est collé sur elle, c'est une vésicule qui est manifestement le siège d'une grosse inflammation. A l'incision, elle renferme la valeur d'un verre de bile noire, épaisse. Une certaine quantité de bile est aspirée avant toute manœuvre intravésiculaire et le liquide est envoyé au laboratoire. On ne trouve, ni calcul, ni sable. Les voies biliaires qu'on explore sont un peu enflammées, on ne sent aucun calcul dans les canaux hépatiques et cholédoque. Je place deux lames de caoutchouc et deux mèches de gaze dans l'arrière-cavité des épiploons sur le pancréas tuméfié. Ce drainage sort à la partie inférieure de l'incision médiane. Pour drainer la vésicule biliaire, infectée et volumineuse, une petite incision est faite sur le bord externe du muscle droit, par lequel la vésicule biliaire est attirée et une cholécystostomie avec une sonde de Pezzer suivant la technique de DESPLAS est installée.

Suites opératoires : pendant les deux jours qui suivent l'opération la température remonte aux environs de 40°, le pouls reste accéléré, les vomissements disparaissent, mais l'état général est inquiétant. Le pansement est souillé de sérosité et de sang. Par la sonde vésiculaire s'écoule une grande quantité de bile noire. Le ventre est plus souple. Le 3^e jour, l'amélioration est manifeste, puis la température

remonte à 39° ; le pouls redevient rapide, le malade est anxieux, quelques vomissements apparaissent, l'incision médiane prend un aspect inquiétant faisant craindre une réapparition de la pancréatite et l'autodigestion des parties molles. Le 9^e jour tout se calme, l'état général redevient satisfaisant, on commence à enlever le drainage à partir du 8^e jour, on reprend l'alimentation au 10^e jour et la guérison est complète 27 jours après l'opération. A partir du 6^e jour, la bile est redevenue jaune clair, d'aspect normal, le 15^e jour le drain vésiculaire a été enlevé et l'écoulement de bile était arrêté deux jours après.

OBSERVATION VIII

Docteur M. E. LAURON (Namur), *Société Nationale de Chirurgie*, du 16 novembre 1932.

Antécédents : il y a cinq mois, crises douloureuses rapportées à une lithiasé biliaire, depuis un mois, toutes les semaines, une crise analogue d'une durée d'une heure. Début : il y a deux jours, crise très violente.

Examen : état grave, anxiété, refroidissement, respiration saccadée. Douleur vive à la palpation de l'épigastre, qui est résistant, tandis que l'étage sous-ombilical est souple et indolore. Température normale. Pouls 80. Vingt-quatre heures plus tard, réchauffement, mais douleur de plus en plus vive.

Faciès pâle, pouls petit : 120.

Diagnostic : Pancréatite aiguë.

Première opération : 17 novembre 1931.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Dans le péritoine liquide brunâtre et taches de stéatonécrose sur l'épiploon, rien ni à l'estomac, ni à la vésicule. Le méso-côlon et l'épiploon sont le siège d'un œdème bulleux et gélatiniforme très particulier. Le liquide brunâtre sort en grande partie de l'arrière-cavité des épiploons. Pas d'induration du pancréas

qui est difficile à explorer en raison de l'obésité de la malade. Un drain et trois mèches dans l'hiatus de Winslow. Suites opératoires : Le premier jour, pouls incomptable, état syn-copal, agitation extrême, refroidissement des extrémités. Écoulement considérable de liquide brunâtre par le drain, persistance des douleurs. L'état semble absolument déses-péré lorsque vers 4 heures du matin, une amélioration sur-vient. Peu à peu, tout rentre dans l'ordre. Guérison.

Suites lointaines : Deux mois plus tard, on sent une tumeur kystique au-dessus et à gauche de l'ombilic. Cette tumeur, qui refoule l'estomac en avant et qui grossit rapi-dement en trois semaines, ne peut être qu'un pseudo-kyste du pancréas. Amaigrissement considérable depuis la pre-mière opération : ni sucre ; ni albumine.

Deuxième opération : 25 février 1932.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Nombreuses adhé-rences qu'on libère. Effondrement du ligament gastro-colique : ponction du kyste, évacuation de 3 à 4 litres de liquide brunâtre, ouverture large, de la poche au fond de laquelle on voit une masse gris noirâtre, parsemée de petits grains jaunes. Cette masse molle n'est plus reliée à la paroi postérieure du kyste que par un mince pédicule qu'on sec-tionne. Marsupialisation du kyste.

Suites opératoires. Écoulement de liquide pancréatique qui est tari en moins d'un mois. Guérison. Voilà donc, encore un exemple qui nécessitait une intervention tardive. Un défaut de drainage amena la formation d'un pseudo-kyste secondaire.

Observations montrant l'utilité du drainage postérieur

OBSERVATION IX

Docteur JACOBOWICI, *Société Nationale de Chirurgie*,
5 avril 1933.

Le 25 septembre 1930, femme P. M., de 32 ans, antécédents de coliques biliaires depuis 8 ans. Entre pour des douleurs abdominales violentes datant de 6 jours, accompagnées ces derniers temps d'ictère. Depuis 3 jours, phénomènes péritonéaux. On constate que l'abdomen est ballonné et sensible surtout dans l'étage supérieur. Pouls : 120. Température 38°2, Glycémie : 1 gr. 5 ‰. La réaction de Wohlgemuth pour l'amylase est de 512 unités.

Diagnostic : cholécystite calculeuse perforée ou pancréatite. A l'opération on constate : un liquide séro-sanguinolent, des taches de stéato-nécrose sur le péritoine pariétal, sur le mésentère et sur l'épiploon.. La vésicule biliaire est pleine de calculs. Le cholédoque est libre. On fait la cholécystectomie. On effondre le ligament gastro-colique, on ouvre la loge pancréatique et on constate que le pancréas est augmenté de volume, couvert de taches noires et hémorragiques. On draine. La plaie évolue bien pendant quelque temps. Deux mois après l'opération, on constate une collection dans la région lombaire gauche qui s'ouvre et dans laquelle on trouve des portions sphacélées de pancréas. Six semaines après, la malade fait un érysipèle, qui dure quinze jours. Revue 2 ans après, on constate que l'urine contient du sucre, l'état général est bon.

OBSERVATION X

Inédite. Docteur SOUPAULT. Hôpital St-Louis 1941.

M^{me} L. H., âgée de 45 ans, sans profession, entre pour un syndrome abdominal aigu le 3 septembre 1941. L'état général semble immédiatement très grave. Le faciès grisâtre est couvert de sueurs. Le pouls est petit, rapide. La température est à 37°1, mais la malade se plaint d'une violente douleur abdominale dont le siège maximum est sus-ombilical. La palpation est particulièrement douloureuse à l'épigastre et il existe dans cette région une certaine contracture. Il n'existe pas de ballonnement. On ne retrouve pas de douleur dans l'angle costo-vertébral gauche. Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. Devant les symptômes abdominaux et généraux, on décide d'intervenir d'urgence, pensant à la possibilité d'une pancréatite aiguë ou d'une grosse hémorragie interne.

Compte rendu opératoire : Coeliotomie médiane sous-ombilicale. On note la présence d'une sérosité sanglante assez abondante dans le Douglas, l'appareil génital est sain. On prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic et l'on voit qu'il s'agit d'une pancréatite hémorragique. On passe à travers le petit épiploon. Le pancréas est volumineux et dur. On effondre le péritoine prépancréatique et on place une mèche et un drain. La vésicule biliaire contient de nombreux petits calculs. On pratique une cholécystostomie sur sonde de Pezzer par une contre-incision latérale. La paroi abdominale est fermée en un plan aux crins doubles.

Suites opératoires. Le jour de l'intervention, il fut pratiqué 1 litre de sérum physiologique sous-cutané et 500 cc. en goutte à goutte rectal. De plus on injecte deux fois 1/4 de milligramme d'atropine, une ampoule de spartéine et trois de solucamphre. Le lendemain, 4 septembre, la température était de 38°, le pouls très rapide et l'état général mauvais.

La tension artérielle était de 13-11 $\frac{1}{2}$. L'examen de sang montre un taux d'urée de 0,76 et une glycémie à 1,20. Dans les urines l'indice amylolytique était de 3,92 pour 24 heures. Il s'écoule par le drain, 500 cc. de liquide marron foncé. On fit un pressyl intra-veineux, 1.500 cc. de sérum physiologique sous-cutané, du solucamphre et deux quarts de milligramme d'atropine. Les jours suivants la température s'élève fortement atteignant à deux reprises 40°. La malade apparaît très fatiguée et le teint grisâtre du début persiste. Chaque jour on fit 1 litre de sérum physiologique et des tonocardiaques. Ce n'est que le 9 septembre qu'une détente légère se manifeste. La tension artérielle est alors de 15-8 $\frac{1}{2}$. La température s'abaisse à 38°5. Par le drain abdominal s'écoule 200 cc. de liquide marron clair. Peu à peu la température s'abaisse, l'état général s'améliore et le liquide qui s'écoule du drain est jaune clair. Mais une dizaine de jours plus tard, malgré une température basse, la malade décline de nouveau. Le 26 septembre, le teint est de nouveau terreuse, les yeux excavés. La tension est de 11-8. La température est de 37°6. Le 27, la prostration s'accroît encore, les traits sont tirés, les extrémités froides, le pouls rapide. Il s'écoule toujours par le drain un liquide jaunâtre, la température est à 38°2. Le 29 septembre, la température est à 39° ; le pouls bat à 120, la tension artérielle 9-6 $\frac{1}{2}$. Les extrémités sont froides, la malade présente des frissons. Un litre et demi de sérum sous-cutané fut injecté. Le 1^{er} octobre, l'état général est toujours grave, la tension artérielle se maintient à 9-6 $\frac{1}{2}$, malgré le traitement général entrepris : sérum, éphédrine, solucamphre. Puis la prostration s'accroît chaque jour, la respiration devient plus superficielle, des mouvements carphologiques apparaissent, la tension artérielle s'abaisse encore, 7 $\frac{1}{2}$ -6 et la glycémie de 1,76. Et la malade meurt le 3 octobre.

L'autopsie fut pratiquée. Il n'existait pas de péritonite. Une anse grêle adhérait à la partie inférieure de la plaie. Le

trajet du drain conduit vers la région coeliaque et vers la loge splénique. Mais, fait intéressant, on note qu'il *existe une fusée purulente, que l'on découvre en décollant le côlon descendant*. Cette collection se trouve donc *très en arrière, immédiatement en avant du rein gauche*.

Il semble que si nous avions pratiqué à temps un drainage postérieur, cette fusée aurait pu être évacuée convenablement et nous aurions peut-être guéri notre malade.

OBSERVATION XI

Docteur SOUPAULT. Observation inédite.

M^{me} GR. Laurence.

La malade est âgée de 42 ans, sans profession, entre dans le service le 8 octobre 1941, pour un syndrome aigu de l'abdomen. C'est le matin, vers 9 heures, après avoir absorbé des œufs, qu'elle a été prise brusquement d'une violente douleur à l'épigastre, irradiant en ceinture ; douleur bientôt généralisée à tout l'abdomen. Elle était accompagnée de vomissements importants, d'abord alimentaires puis bilieux. La malade vue à 10 heures, était très shockée, le faciès pâle, couvert de sueurs froides, le pouls petit, battant à 60. L'examen de l'abdomen montre qu'il est douloureux dans son ensemble, mais la douleur est particulièrement vive au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, avec une certaine défense des muscles droits. Par contre la température est à 37°4. La tension artérielle est de 11 Mx, 7 Mn. On met de la glace sur l'abdomen et à 14 heures, on constate que les douleurs se sont un peu atténuées, les vomissements sont presque arrêtés, le faciès est meilleur. La palpation de l'abdomen peut être plus précise et localise une vive douleur dans le quadrant supérieur droit, de la région péri-ombilicale, faisant ainsi penser à une lésion vésiculaire. On ne trouve pas de douleur dans la région lombaire. Au toucher vaginal on trouve une vive douleur au Douglas. Dans les

antécédents personnels on note l'existence d'indigestions fréquentes avec vomissements bilieux sans horaire fixe. On injecte à la malade 500 cc. de sérum physiologique, un quart de milligramme d'atropine, une éphédrine, une adrénaline. Le lendemain matin, le 9 octobre, l'état général n'est pas encore bien satisfaisant. Il persiste encore une vive douleur dans la région de l'hypocondre droit avec une légère défense à ce niveau. On décide d'intervenir.

Compte rendu opératoire de la 1^{re} intervention : 9 octobre 1941 : Incision médiane sus-ombilicale. On note rapidement la présence de taches de bougie sur les épiploons et le péritoine. On aborde le pancréas à travers le petit épiploon qu'on effondre. Après effondrement prudent du péritoine pré-pancréatique pour évacuer un hématome pas très volumineux ; on place un Mikulicz. La vésicule contient de nombreux calculs. On pratique une cholécystostomie par une contre-incision latérale droite sur sonde de Pezzer. Dans la journée de l'intervention on fit 500 cc. de sérum physiologique, deux ampoules d'éphédrine, une adrénaline, une d'anthéma. La formule sanguine donne : 4.290.000 globules rouges, 26.800 globules blancs, dont 91 % de polynucléaires, 4 moyens, 4 lymphocytes et 1 monocyte. Le lendemain de l'intervention, le Mikulicz a suinté abondamment. Le faciès est coloré, le pouls bat à 120, la température est de 39°6. La langue est humide. La malade n'évacue pas de gaz. Les urines émises ont été de 500 centimètres cubes malgré le sérum physiologique injecté. Il fut pratiqué 1 litre de sérum intra-veineux en goutte à goutte et 1 litre sous-cutané. D'autre part on injecta une ampoule d'éphédrine, une d'adrénaline, et 1/4 de milligramme d'atropine. Dans cette journée du 10 octobre, la formule sanguine donne : 4.100.000 globules rouges et 40.500 globules blancs avec 93 % de polynucléaires.

L'hyperleucocytose avait donc augmenté considérablement. La sonde duodénale a ramené 500 cc. de liquide brun

foncé. Le 11 octobre le Mikulicz a moins suinté, mais la malade présente une forte asthénie, la nuit précédente ayant été assez agitée. Le faciès est bien coloré, la langue est saburrale et humide. L'abdomen est ballonné et il n'y a pas d'émission de gaz. La température est à 38°8. Le pouls bat à 90. La tension artérielle est de 13°8. Les urines émises ont été de 500 cc. de liquide brun. L'examen de sang donne 3.840.000 de globules rouges et 38.200 globules blancs avec 95 % de polynucléaires. D'autre part, le dosage d'urée est de 0 gr. 54. Il fut pratiqué encore ce jour, 1 litre de sérum physiologique intra-veineux, 500 cc. en sous-cutané, une coramine et 10 unités d'insuline. Le 12 octobre, les urines sont encore émises en assez faible quantité, un lavement salé ramène beaucoup de matières fécales et soulage la malade. Le 13 octobre, le Mikulicz suinte peu, mais l'anémie se précise ; 2.820.000 globules rouges. Le nombre des globules blancs est de 14.800 avec 93 % de polynucléaires. Les jours suivants, l'état général est assez bon, mais la température reste aux environs de 38°, oscillante. Le tubage duodénal ramène de 100 à 200 cc. d'un liquide jaunâtre. Un examen de sang pratiqué le 14 octobre montre une glycémie de 1 gr. 36. Le 18 octobre, le Mikulicz est enlevé, mais à partir du 21 octobre la température s'élève et présente des oscillations importantes de 39°8 à 38°. Le Dr POUMEAU-DEUILLE examine la malade et affirme qu'elle présente une affection pulmonaire, étiquetée broncho-pneumonie. On donna alors du dajenan et on fit de la révulsion. Un examen de crachats révèle la présence de cocci gram positif. Puis la température reste aux environs de 38°, mais remonte fortement le 4 novembre à 40° 2/10°. On pratique une hémoculture qui est négative. On remet un drain par la fistule antérieure de l'abdomen et on donne des sulfamides. La température est de 37°4, le 6 novembre, mais revient rapidement aux environs de 38°, 39°. On pratique alors deux transfusions de 150 grammes, le 9 et 14 novembre. A cette

date, l'examen du liquide de la fistule abdominale, montre qu'il contient en grande partie des ferments pancréatiques. L'essai amylolytique est positif.

Le 21 novembre 1941, nouvelle intervention,

Anesthésie ; Évipan — 6 cm³) + sérum.

Élargissement du trajet au doigt jusqu'à pouvoir introduire une valve. On extrait aussitôt du fond, à 12 cm., un lambeau sphacélé, d'odeur nauséabonde (tissu pancréatique). Dans ce cul-de-sac, un petit pertuis, en haut et à gauche, conduit sur un arrière-fond ; il est dilaté à son tour : une ou deux cuillerées de pus crémeux font alors issue. Lavage au bock. Un drain et une mèche sont mis en place. Cet arrière-fond répond à la loge rénale. Une contre-incision lombaire pourrait la drainer.

Le 28 novembre 1941. Contre-incision.

Contre-incision lombaire, bien que l'exploration du trajet conduise vers la coupole diaphragmatique, très profondément, la contre-incision n'est faite que sous la 11^e côte, juste en dehors de la masse sacro-lombaire. Traversée de la loge rénale, on passe juste en dehors du pôle supérieur du rein. Traversée du feuillet péritonéal. Introduction d'un très gros drain. Suppression du drain en avant. Hémorragie assez notable, mais d'une ou deux minutes seulement et venant des bourgeons charnus. Mais tout cela sans résultat immédiat. Il s'élimine encore par la plaie antérieure quelques débris sphacelés de glande pancréatique. La température oscille toujours entre 38° et 39° et l'état général reste grave. Le 16 décembre, la numération globulaire montre : 2.580.000 globules rouges et 5.400 globules blancs. La température quoiqu'assez irrégulière a ensuite tendance à baisser et l'état général s'améliore ; simplement de temps à autre on observe des clochers thermiques de peu de durée. On pratique alors une *eholécystectomie* le 4 février 1942. Incision de Kehr haut placée. La région sous-hépatique est absolument libre d'adhérences, malgré le processus de pan-

créatite aiguë qui a eu lieu il y a quelques mois et on draine sur la ligne médiane. La vésicule est scléreuse mais non atrophique. Cholécystectomie. Le lit vésiculaire ne saigne pas. Du côté du pédicule principal, cholédoque légèrement dilaté (à peu près deux fois son calibre normal). Tuniques de moyenne épaisseur. Petite taille cholédocienne d'un centimètre au-dessous de l'abouchement cystique. Prélèvement à la pipette d'un peu de bile pour culture. Exploration vers le haut : voie libre ; vers le bas : le cathéter métallique ne passe pas. On fait des dilatations aux bougies en gomme jusqu'au n° 30 environ, on sent une résistance, il y a certainement un certain degré de contraction du sphincter d'Oddi. Il n'est pas question de refermer ce cholédoque, sans doute plus ou moins infecté, sans être sûr du libre et large passage par l'ampoule de Vater. Il paraît inopportun de faire d'emblée une anastomose cholédoco-duodénale. Par conséquent, tube de Kehr qui drainera les voies biliaires pendant un certain temps et permettra d'autre part la cholangiographie. Un catgut rétrécit la brèche cholédocienne. Pas de mèche sous-hépatique. Un simple drain. Fermeture de la paroi en deux plans au catgut 2 et peau aux agrafes et lins.

Les suites opératoires furent excellentes. Le drain à T est enlevé le 7 mars après contrôle cholangiographique favorable et deux tubages duodénaux pratiqués par le Docteur BONCOUR, qui ne montrèrent que la présence de rares colibacilles. Le malade sort guérie le 11 mars 1942, et revue le 19 octobre en parfait état.

OBSERVATION XII

Observation inédite. Docteur SOUPAULT.

Mme D., Léa, 36 ans.

Antécédents. Six semaines environ auparavant, violente crise abdominale aiguë qui a duré quelques jours, accompa-

gnée de vomissements, d'arrêt des gaz et d'un certain état de choc. Actuellement : Elle entre pour tuméfaction de la région épigastrique avec sensation douloureuse et gêne de la digestion. *Opération* (19 février 1937). Collection pancréatique avec nécrose partielle du pancréas. Ponction et prélèvement pour biopsie. *Anesthésie* : Éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On relève le grand épiploon, qui est infiltré, épais, grisâtre, avec des adhérences succulentes. Un peu de liquide dans l'abdomen. Par le palper au travers du méso-côlon, on sent une masse kystique sus-colique, se délimitant difficilement. On l'aborde après décollement colo-épiploïque ; la saillie, bien visible alors, est sans plan de clivage net. Gros vaisseaux extrêmement distendus dans le grand épiploon ; on les évite et on fait l'hémostase de petits rameaux au fur et à mesure. On incise la paroi de la poche ; il en sort une quantité de liquide brunâtre, sale, qu'on pompe à l'aspirateur (un litre et demi) et, derrière lui, vient une masse boueuse (gros fragment de tissu sphacélé, sans odeur). Le suintement sanguin épongé, on aperçoit une surface chagrinée, rouge grenat, qui paraît bien être la surface pancréatique restante, non nécrosée. On glisse des mèches, l'une en haut et à gauche, l'autre à droite, où la poche semble moins étendue ; et un gros drain. On ne resèque pas le grand épiploon. En terminant, on agrandit l'incision un peu au-dessous de l'ombilic, pour faciliter le drainage sous-épiploïque, puis on va aux voies biliaires. Grosse vésicule, très latérale, mais parfaitement souple, ardoisée et sans calculs. Le simple palper du cholédoque ne révèle rien, mais on sent la tête du pancréas bosselée, dure et granuleuse. Fermeture en un plan aux doubles crins.

Examen bactériologique : On ne note que des foyers de nécrose des plages hémorragiques au milieu d'un tissu graisseux. La coupe ne contient pas de cellules pancréatiques.

2^e opération (5 novembre 1937). Absès juxta-pancréatique.

Drainage. *Anesthésie* : Éther.

Laparotomie passant par l'ancienne cicatrice. Il y a une éventration au-dessus de l'ombilic ; quelques adhérences du grand épiploon, d'énormes varicosités signalées lors de la première opération et qui n'ont pas rétrocedé, ou très peu. En explorant en profondeur, on trouve sous le mésocôlon transverse, à gauche, une adhérence de toute la première anse jujénale avec le plan postérieur ; en décollant au doigt, on ouvre une petite collection séro-purulente, d'une cuillerée à café environ. Alentour, sur la surface de deux doigts environ, une zone inflammatoire correspond au bord inférieur du pancréas, vers la gauche, dans la zone de l'ancienne collection. Quand toute l'anse est libre jusqu'à l'angle duodéno-jujénal, où l'aspect redevient normal, on place une mèche mollement tassée. Le pancréas palpé au doigt a une consistance sensiblement normale. Une nouvelle fois, on explore la vésicule qui est souple, mobile, vide de calcul. Le pédicule hépatique est palpé au fond de l'abdomen, il ne semble y avoir aucune anomalie. La tête du pancréas est un peu dure. Fermeture de la paroi en un plan au noirgut 2. Le drainage s'établit autour de l'ombilic, dans la région de l'éventration. Peau à la soie. Guérison contrôlée après plusieurs mois.

Cette observation montre qu'après une pancréatite hémorragique, de véritables « séquestres » glandulaires peuvent se constituer, qui imposent une évacuation. Il serait à voir si les pseudo-kystes qui succèdent aux pancréatites aiguës n'ont pas pour base la présence d'un tel « corps étranger ».

L'examen histologique et l'examen bactériologique montrent toutefois, dans ce cas, l'absence d'infection surajoutée, ce qui ne saurait être constant. D'autre part, le drainage, lors du premier temps opératoire, avait paru très complet et très satisfaisant et, cependant, il laissa subsister, au bout de huit mois, un petit abcès et une éventration. Le

contre-drainage postérieur, n'eut-il pas évité l'une et l'autre ?

OBSERVATION XIII

HAYNES, *Archives of Surgery*, février 1933, vol. XXVI, n° 2.

Femme de 32 ans, malade depuis 5 jours. Elle présentait de violentes douleurs dans la partie supérieure du quadrant gauche de l'abdomen, nausées, vomissements. Profondément shockée. A l'ouverture de l'abdomen, abondant liquide séro-sanglant, avec nombreuses taches de bougie sur les épiploons. Exsudats épais dans la profondeur. Pas de lésions biliaires. On traverse l'épiploon gastro-hépatique. Le pancréas apparaît nécrotique. Après avoir effondré le péritoine prépancréatique on prépare le drainage de la face postérieure du pancréas. Pour cela, on introduit l'index en arrière de lui et on décolle en arrière de la tête de l'organe, puis de son corps, en cherchant à atteindre son bord supérieur. Deux drains sont introduits en arrière du pancréas. La malade est sortie le 43^e jour de l'hôpital.

III. — Observations de cas dans lesquels seul un drainage postérieur fut pratiqué

OBSERVATION XIV

KÖRTE, 3^e Congrès International de Chirurgie.

Pancréatite aiguë nécrotique. Absès rétro-péritonéal.

Incision lombaire. Guérison.

3 juin. Douleurs abdominales violentes et vomissements. Femme 48 ans. Antécédents : Ictère en 1884. Grosses nausées, température à 38°2, pouls 128. Respiration rapide. Abdomen ballonné.

•

7 juin : Douleur épigastrique irradiant vers le dos, température irrégulière, état général pas très bon.

4 juillet. Ponction exploratrice lombaire gauche ramène du pus. L'incision lombaire ramena une quantité assez importante de pus avec du tissu glandulaire.

15 septembre. Le pus a diminué, mais la fistule persiste encore. Le liquide qui s'en échappe contient des ferments pancréatiques.

6 janvier 1885. Guérison.

26 février. Les urines ne contiennent plus de sucre mais avec un régime.

OBSERVATION XV

Docteur KÖRTE, 3^e Congrès International de Chirurgie, 1911.

Pancréatite nécrotique. Incision médiane antérieure et incision lombaire. Guérison.

Homme de 30 ans. Depuis le 21 septembre 1908 : indigestions, vomissements, diarrhée.

25 septembre : Abdomen ballonné, sensible à la pression, surtout à l'épigastre, aucune résistance. Température normale. Pouls 104.

28 septembre : Diarrhée profuse, vomissements, abdomen sans changement.

8 octobre : Résistance de l'épigastre, principalement à gauche et au-dessus de l'ombilic.

10 octobre : Opération. Incision médiane antérieure. On sent une tuméfaction en arrière de l'estomac, dans la tête du pancréas. L'incision antérieure est refermée.

Incision lombaire droite. Elle permet d'ouvrir la collection. Le pus marron contient des débris de nécrose pancréatique. L'évacuation paraît insuffisante. Incision lombaire gauche, ouvre une 2^e collection du même contenu marron.

Suites : Un pus abondant s'écoule des deux plaies. Plusieurs fois on note de petites hémorragies.

8 janvier. Erysipèle.

15 janvier. Guérison. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XVI

Docteur KÖRTE.

Abcès du pancréas. Incision lombaire.

Femme 32 ans. La maladie débuta en septembre 1895 avec violentes douleurs épigastriques, vomissements, diarrhée. Température élevée et frissons. Anorexie, léger ictère. 18 octobre, entre dans le service de chirurgie. Léger ictère, température 41, pouls 108. Abdomen non ballonné, non sensible, mais dans la région lombaire gauche une légère résistance. Dans les jours suivants la température devient oscillante, l'état général s'aggrave, et peu à peu, une tension résistante de l'hypochondre gauche se précise qui s'étend vers la région lombaire. Urines : albumine néant, sucre néant.

Opération 5 novembre, incision lombaire gauche. Une grosse collection rétro-péritonéale de pus est ouverte. La température tombe mais la mort survient le 7 novembre.

OBSERVATION XVII

Docteur KÖRTE.

Pancréatite nécrotique. Abcès sous-phrénique. Incision lombaire. Perforation dans le duodénum et le côlon transverse.

55 ans. Antécédents. Coliques depuis plusieurs années en 1905, jaunisse indolore.

7 juin 1906, fortes coliques et depuis fièvre modérée.

28 juin. Vésicule biliaire insensible.

13 juillet. Malade fatigué, température continue. A l'épigastre une résistance transversale.

17 juillet. En arrière, à gauche, en regard du 9^e espace intercostal on pratique une ponction qui ramène du pus.

18 juillet. Opération. Incision lombaire gauche, la 12^e côte est réséquée. On arrive au pus en passant en arrière du rein gauche. Dans le pus on trouve des débris de nécrose glandulaire et graisseuse.

Suites : Abondant suintement purulent.

22 juillet : Au cours du pansement une forte hémorragie.

2 août. Nouvelle hémorragie.

3 août. Mort.

Nécropsé, abcès sous-phrénique d'origine pancréatique. Perforation de la collection dans le duodénum et le côlon transversal.

OBSERVATION XVIII

Docteur KÖRTE.

Pancréatite hémorragique. Incision lombaire. Guérison. E... Homme de 38 ans.

Antécédents. Depuis janvier 1903 douleurs stomachales. Anorexie. 28 novembre 1903. Douleurs abdominales violentes prédominant dans quadrant supérieur gauche, température à 37°9. Pouls 88. Abdomen ballonné, sensible à la pression, surtout dans l'hypochondre gauche. Urines sans sucre, ni albumine.

8 décembre. Résistance sensible du flanc gauche.

Opération : L'incision lombaire gauche, rétro-péritonéale, ramène de nombreux débris nécrotiques.

31 décembre. Fistule stercorale.

9 avril. Fistule fermée. Guérison.

OBSERVATION XIX

Docteur GIORDANO, *3^e Congrès de la Société Internationale de chirurgie*, 1911, p. 625.

Pancréatite subaiguë.

Garçon de 7 ans et demi qui présente des troubles digestifs importants avec alternatives de constipation et de diarrhée. Il entre dans le service 20 jours après le début des accidents. La température : 38°5. L'enfant est en état de dénutrition marquée. L'abdomen est dur, rétracté, très douloureux dans l'épigastre. Douleur intolérable dans l'angle costo-vertébral gauche.

L'auteur pratique une incision lombaire gauche qui lui permis d'évacuer un verre de pus épais, collecté profondément au devant de la colonne vertébrale et qui saccharifiait l'amidon. Le petit opéré guérit.

CONCLUSIONS

1^o Le traitement des pancréatites aiguës est encore en plein remaniement. La gravité de l'affection avait d'abord fait conclure à la nécessité de l'intervention chirurgicale.

Le pourcentage effroyable de mortalité a fait reculer beaucoup de chirurgiens, et actuellement nombreux sont ceux qui défendent, arguments et statistiques à l'appui, le dogme de l'abstention opératoire, du moins dans le traitement immédiat.

2^o Toutefois une objection se dresse aussitôt, celle de la nécessité d'un diagnostic exact, nécessaire pour s'abstenir.

Or, le diagnostic formel des pancréatites aiguës est souvent très hasardeux.

BROCQ dit que sur 118 cas, le diagnostic n'avait été fait que 21 fois.

Aujourd'hui cependant, le tableau clinique prend un peu plus de relief et de clarté et en même temps un faisceau de tests de laboratoire, expérimentés par plusieurs auteurs, peut aider au diagnostic.

3^o Mais il serait souhaitable, de pouvoir aller plus avant dans la discussion des formes et en particulier de savoir déceler dès l'abord ou du moins très précocement, les formes infectées pour lesquelles aucune hésitation, aucune attente ne serait légitime.

Malheureusement cet espoir ne semble pas encore permis.

4^o Secondairement par contre, des accidents peuvent se développer, imposant à coup sûr l'opération et parmi eux les kystes et surtout les collections infectées (abcès, sphacèle, etc...).

5^o Dans tous ces cas, un drainage rationnel s'impose.

Or, plusieurs considérations lui sont particulières dans le cas du pancréas.

A) Le siège de la glande : rétro-gastro-colique, pré-vertébrale, pré-aortique, pré-rénale.

B) Sa profondeur à partir de la paroi abdominale antérieure et la difficulté de son accès.

C) La situation topographique déclive dans le décubitus dorsal.

6^o Il en résulte que le mode le plus habituel de drainage qui est antérieur, risque de se montrer insuffisant ou mieux défectueux.

D'où la persistance de la suppuration, et, dans certains cas l'extension et l'aggravation, d'où encore la pyohémie, d'où enfin les fistules intarissables.

7^o Pour toutes ces raisons, un drainage déclive par voie postérieure à la limite des flancs et des lombes est d'après l'étude anatomique, parfaitement rationnel et possible.

L'expérience a prouvé son bien-fondé et nous pensons que ce procédé mérite d'être répandu.

Il peut s'appliquer primitivement, dans les formes d'emblée septiques, mais mieux secondairement, en cas de suppuration retardée ou tardive de la loge.

VU : *Le Doyen* : VU : *Le Président de la Thèse*
BAUDOUIN P. BROCC

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris
GILBERT GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- AMELINE. — La pancréatite aiguë hémorragique (*Semaine des hôpitaux de Paris*, août 1942).
- ARNSPERGER (Carlsruhe). — Pancréatite récidivante (*Zentralblatt für chirurgie*, tome 6, n° 9 du 4 mars 1939, p. 472-475).
- BEAU. — Contribution à l'étude des pancréatites hémorragiques (*Thèse Montpellier* 1928).
- BERARD et MALLET GUY. — *Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie*.
- BERNARD. — Masson; 1932. Les pancréatites aiguës au Congrès Français de Médecine (*Journal de médecine de Paris*, n° 50, 13 décembre 1934).
- BERNHARD. — Chirurgie des pancréates aiguës (*Bruns' Beitrage Zur Klinischen chirurgie*, n° 2, 6 mars 1935, page 332-334).
- BINET, BROCC, UNGAR. — Pancréatites hémorragiques (*Presse médicale*, 29 juin 1929).
- BINET et BROCC. — Pathogénie de la pancréatite hémorragique (*Presse médicale*, 29 juin 1929, n° 52).
- BRIN (d'Angers). — B. et M. de la *Société de Chirurgie*. Sur un cas de pancréatite aiguë, 18 avril 1928.
- BROCC (P.). — *Les pancréatites aiguës chirurgicales*, Masson 1926.
- Quelques idées nouvelles sur la pancréatite hémorragique (*Journal de chirurgie*, t. XXV, n° 7, janvier 1925).
- Rapport sur 6 observations de pancréatite œdémateuse (*Bull. et mem. de la Soc. de Chirurgie*, 16 novembre 1932, p. 1365).
- *Les pancréatites aiguës*. Livre jubilaire du Professeur P. Delbet, Masson 1932.

- Traitement des pancréatites aiguës. État actuel de la question (*Presse médicale*, 9 février 1935), p. 217-219.
- Les pancréatites aiguës chirurgicales (in *Annales de la clinique chirurgicale* du Professeur Delbet, Masson et C^{ie} 1926).
- BROCQ et MIGINIAC. — Les pancréatites chroniques 39^e Congrès français de chirurgie, octobre 1930, 147 p.).
- BROCQ et VARANGOT. — Traitement des pancréatites aiguës (*Rapport au Congrès français de Médecine de Québec 1934*).
- L'hyperglycémie dans les pancréatites aiguës. La valeur au point de vue diagnostic, du pronostic et du traitement (*B. et M. de la Soc. Nationale de Chirurgie*, 10 janvier 1934, p. 25-32).
- *Société Nationale de Chirurgie*, 5 juillet 1937.
- BRUTT (Hambourg). — Traitement conservateur et opératoire de la nécrose aiguë du pancréas (*Zentralblatt für chirurgie*, tome 66, n° 20, 20 mai 1939, p. 1122-27.
- CALSAVARA. — Le Pancréatiti, Bologna (*Licinio Cappeli Editore*, 1924).
- CARNOT. — Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites (*Thèse de Paris* 1898).
- CASBERG (St-Louis). — Pancréatite aiguë nécrosante et pancréatite aiguë interstitielle, traitement sans opération. Étude clinique de 10 cas (*Archives of Surgery*, vol. 39, n° 2, août 1939, p. 247-264).
- CHAVANNAZ et GUYOT. — *Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère*, p. 47-49, Baillière, 1913.
- CLAVEL et SAADTE (Lyon). — Onze observations de pancréatite aiguë (*Lyon médical*, an. 69, tome 160, n° 12, 17 octobre 1937, p. 389-404).
- COUVELAIRE (R.). — Sur le diagnostic opératoire des pancréatites aiguës hémorragiques à leur stade initial (*Bulletin médical*, 26 nov. 1932, p. 828-832).
- Œdèmes aigus du pancréas. Essai clinique et expérimental (*Thèse*, Paris 1933).
- DELBET (P.). — Les pancréatites atténuées (*Bull. de l'Académie de médecine*, 27 mai 1924, p. 663-676).
- DELAGENIÈRE (Y.). — Du drainage des voies biliaires dans les

- pancréatites chroniques et aiguës (*Journal de médecine et chirurgie pratiques*, tome CI, 25 décembre 1930, p. 908-912).
- DEBRIO (Buenos-Aires). — Commentaires sur le traitement de 57 cas de nécrose pancréatique. (*Revista de la Asociacion Medica Argentina*, tome 54, 15 février 1940, p. 75-96).
- DESPLAS. — Formes cliniques des pancréatites aiguës chirurgicales (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, tome C. III, 25 nov. 1932, p. 809-822).
- DUFOUR. — Peut-on reconnaître cliniquement la pancréatite aiguë (*L'Hôpital*, n° 369, oct. 1934).
- GEAGY Grant (Cardiff). — Pancréatite aiguë hémorragique (*The British Medical Journal*, 12 décembre 1931, p. 1084-1086).
- GIORDANO. — 3^e Congrès de la Société Intern. de Chirurgie, 1911, p. 625.
- GRÉGOIRE et COUVELAIRE. — A propos de la pathogénie et du traitement de l'œdème aigu du pancréas (*B. et M. de la Soc. Nation. de chirurgie*, 28 novembre 1934, n° 2, p. 1259-1264).
- GRIESSMANN (Giessen). — Remarques sur le traitement conservateur des maladies aiguës du pancréas (*Zentralblatt für chirurgie*, tome 66, n° 7, 17 février 1939, p. 348-352).
- Au sujet du diagnostic et du traitement des pancréatites aiguës (compte rendu de 80 cas de pancréatites aiguës observées à la clinique de Giessen de 1931 à 1937) (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, tome 252, avril 1939, p. 19-40.)
- HAYNES. — Nouveau procédé chirurgical dans la pancréatite aiguë (*Archives of Surgery*, vol. XXVI, n° 2, février 1933, p. 288-294).
- HORTOLOMEI. — A propos de l'opportunité de l'intervention dans les pancréatites aiguës (*B. et M. de la Soc. Nat. de chirurgie*, 12 juillet 1933).
- HUET. — Séquelles de la pancréatite hémorragique. Valeur du drainage des voies biliaires apparemment saines (*B. et M. de la Soc. de Chirurgie*, n° 17, 25 mai 1935).
- KÖRTE. — Art. sur traitement de la pancréatite (*Journal de chirurgie*, 15 novembre 1911, en supplément). Traitement des pancréatites (3^e Congrès de la Société internationale de Chirurgie, 1911).

- KUFFERATH et VOLKMANN (Cologne). — Traitement de la pancréatite aiguë *Medizinische Klinik*, an. 34, n° 11, 18 mars 1938, p. 356-359).
- LERICHE. — Évolution d'une pancréatite aiguë hémorragique traitée par simple cholécystostomie dans un premier temps (*Soc. de chirurgie de Lyon*, 10 déc. 1931, in *Lyon chirurgical*, n° 2, mars-avril 1932).
- MASSIAS. — Pancréatite aiguë hémorragique, drainage (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 18 mars 1934, p. 162-166).
- MONDOR. — Diagnostics urgents (*Abdomen*, Masson 1930).
- MONOD et VANVERTS. — *Traité de Technique opératoire 1908*, p. 473-475).
- MOULONGUET. — Un cas de pancréatite œdémateuse (*B. et M. de la Soc. de Chirurgie*, n° 32, 7 déc. 1932).
- MORHARDT. — La pancréatite hémorragique et son mécanisme d'après les travaux récents (*Presse médicale*, 14 janvier 1928).
- MORLEY et BLACOW YATES. — Discussion sur le diagnostic et le traitement de la pancréatite aiguë (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, avril 1939, p. 670-688).
- NICOLAUS. — Pancréatite aiguë, traitement et résultats (*Brun's Beiträger zur Klinischen chirurgie*, tome CLII, n° 3, 30 mai 1931).
- NORDMANN (Berlin). — Considérations neuves sur la nécrose aiguë du pancréas et son traitement (*Archiv für Klinische Chirurgie*, tome 193, 21 septembre 1938, p. 370-382).
- OKINCZYC. — Le drainage biliaire dans les pancréatites (*Revue médico-chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, n° 2, avril 1933).
- OKINCZYC et AUROUSSEAU. — *Tactique opératoire du pancréas et de la rate*, Doin 1933.
- PAITRE et LACAZE. — *Pratique anatomo-chirurgicale illustrée*, 1934.
- PICOT. — Sur un cas de pancréatite aiguë (*B. et M. de la Soc. de Chirurgie*, 16 février 1927).
- QUENU et DUVAL. — Pancréatite et lithiase biliaire (*Revue de chirurgie*, 10 oct. 1905, p. 701).
- SCHMIEDEN (Francfort). — A propos des indications opératoires

dans la nécrose aiguë du pancréas (*Der chirurg*, an LL, n° 8, 15 avril 1939, p. 274-278).

SOUPAULT. — A propos des pancréatites dites œdémateuses (*Presse médicale*, 2 avril 1932, p. 507).

— Pancréatite chronique localisée. Pancréatectomie gauche. Résultat éloigné (*Mém. de l'Académie de Chirurgie*, 14 déc. 1938, p. 1372-1381).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — <i>Difficultés du diagnostic des diverses formes de pancréatites aiguës</i>	5
1. — Difficultés diagnostiques avant l'intervention.	5
2. — Difficultés diagnostiques au cours de l'intervention	9
CHAPITRE II. — <i>Indications du drainage immédiat du pancréas</i>	12
1. — Drainage antérieur du pancréas.....	14
a) Drainage du tissu cellulaire rétro-pancréatique.	17
b) Importance du drainage correct et prolongé...	18
c) Insuffisance du drainage antérieur dans certains cas	19
d) Action sur les voies biliaires associée au drainage antérieur	19
2. — Drainage lombaire immédiat du pancréas...	21
a) Rappel anatomique.....	24
b) Technique opératoire	26
c) Drainage lombaire immédiat complément du drainage antérieur	28
CHAPITRE III. — <i>Traitement chirurgical retardé</i>	29
<i>Drainage lombaire retardé</i>	33
CHAPITRE V. — <i>Traitement chirurgical tardif</i>	35
<i>Drainage lombaire tardif</i>	36
CHAPITRE VI. — <i>Traitement médical post-opératoire</i>	38
CONCLUSIONS.....	65
BIBLIOGRAPHIE	69

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 12-11-1942.



